



BF  
637  
H4  
B39  
1999  
G  
these

Université de Sherbrooke

La Thérapie d'Impact et la relation d'aide ponctuelle :  
divergences et convergences

Centre de Documentation  
Faculté des lettres et  
Sciences Humaines  
Université de Sherbrooke

par  
Robert Beauchemin

Essai présenté à la Faculté des lettres et sciences humaines  
pour l'obtention de la maîtrise en psychologie des relations humaines

© Robert Beauchemin, janvier 1999

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

1

PSY  
1999  
V.168  
FLSH

### Remerciements

Je tiens à témoigner ma gratitude à Danie Beaulieu pour m'avoir accordé un temps précieux pour répondre à mes questions et me partager son expérience concernant la Thérapie d'Impact. Je remercie également Yves St-Arnaud, mon directeur d'essai, pour son soutien et ses judicieux conseils.

Centre de Documentation  
Faculté des lettres et  
Sciences Humaines  
Université de Sherbrooke

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Le métamodèle : Un instrument pour conceptualiser les modèles d'intervention.....</b>	<b>2</b>
<b>2. La relation d'aide ponctuelle : Un modèle d'intervention original de Sherbrooke.....</b>	<b>4</b>
2.1. Cadre d'analyse : L'actualisation.....	5
2.2. Structure de la relation : La coopération.....	7
2.3. Gestion du processus d'intervention : Au service de la coopération.....	9
2.4. La technique : Un volet éclectique.....	10
<b>3. La Thérapie d'Impact : Un modèle multisensoriel.....</b>	<b>10</b>
3.1. Cadre d'analyse : Une approche multi-théorique.....	11
3.2. La structure de la relation : De la pression vers la coopération.....	14
3.3. La gestion du processus : Une question de marketing.....	15
3.4. La technique : Au service de la créativité.....	17
<b>4. Éléments de réponses à la question de l'essai.....</b>	<b>19</b>
4.1. Éléments de divergence.....	19
4.1.1. Des cadres d'analyse divergents.....	20
4.1.2. Des structures de la relation initialement opposées.....	20
4.1.3. Une gestion différente du processus d'intervention.....	22
4.2. Éléments de convergence.....	22
4.2.1. Un apport sur le plan technique.....	23
4.2.2. Un apport aux modes sensoriel et imaginaire.....	23
4.3. Conditions d'emprunts.....	24
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>25</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>26</b>



---

## Introduction

Le modèle de la relation d'aide ponctuelle en psychologie des relations humaines est une approche qui a été développée à l'Université de Sherbrooke. Ce modèle d'intervention se base principalement sur la théorie de l'actualisation et sur les principes de la coopération (St-Arnaud, 1996, 1995). Croyant que tout individu possède les ressources pour résoudre ses problèmes et s'autodéterminer, les tenants<sup>1</sup> de ce modèle travaillent en collaboration avec leurs clients afin d'activer leur processus naturel de croissance.

La Thérapie d'Impact, pour sa part, est une nouvelle approche qui a été développée par Ed Jacobs, Ph.D. (1994), de l'Université de West Virginia aux États-Unis. Ce modèle d'intervention est actuellement popularisé au Canada par la psychologue Danie Beaulieu, Ph.D. et Maître Certifiée en Thérapie d'Impact. Cette approche utilise des moyens concrets, dynamiques et visuels afin d'impliquer davantage l'aidé dans son processus thérapeutique. Pour ce faire, elle intègre plusieurs courants psychologiques dont, entre autres : l'Analyse Transactionnelle (Stewart & Joines, 1987), la Thérapie Émotivo-rationnelle (Ellis, 1962), la Thérapie de la Réalité (Glasser & Zunin, 1979), des techniques de la Gestalt (Passons, 1975), etc.

Favorisant l'éclectisme sur le plan technique, la relation d'aide ponctuelle amène le professionnel qui l'utilise, à approfondir et maîtriser plusieurs approches dans le cadre d'un perfectionnement ou d'une formation continue. Ne pouvant juger a priori que toutes les techniques existantes en psychologie sont intégrables au modèle de la relation d'aide ponctuelle, le présent essai tentera d'établir les conditions de rapprochement entre la relation d'aide ponctuelle et le modèle de la Thérapie d'Impact selon Danie Beaulieu. Puisque cette approche est un nouveau courant en psychologie ayant été peu documenté jusqu'à présent, il est à noter que certaines informations proviendront d'une entrevue menée auprès de cette psychologue (Beaulieu, 1998) et de documents distribués au cours de formations données par celle-ci à ce sujet (Beaulieu, A et B).

---

1. La forme masculine utilisée dans ce texte désigne aussi bien les femmes que les hommes et n'est utilisée que pour alléger la présentation.



La première partie de cet essai tentera de présenter ces deux approches et de les comparer à partir des quatre dimensions du métamodèle élaboré par St-Arnaud, soit : le cadre d'analyse, la structure de la relation, la gestion du processus et la technique (voir St-Arnaud, 1993) (Mandeville et St-Arnaud, 1998). L'ensemble des constatations que soulèvera la comparaison de ces deux modèles permettra de répondre, dans un deuxième temps, à la question principale de cet essai: *À quelles conditions le psychologue en relation d'aide ponctuelle, dont le modèle d'intervention est basé sur la psychologie des relations humaines, peut-il emprunter des éléments de la Thérapie d'Impact, sans déformer les principes de base de son propre modèle d'intervention ?*

### **1. Le métamodèle : Un instrument pour conceptualiser les modèles d'intervention**

Une première version du métamodèle, présentée dans le *Guide méthodologique pour conceptualiser un modèle d'intervention* (St-Arnaud, 1993), proposait six paramètres pour décrire un modèle d'intervention. Une seconde version (Mandeville et St-Arnaud, 1998) réduit le métamodèle à quatre dimensions. Cette version simplifiée sera utilisée pour comparer les deux approches dont il est ici question et constater les similitudes et les différences qui existent entre ces deux modèles d'intervention. Afin de permettre au lecteur de comprendre les fondements de la présente analyse, une brève présentation des différentes dimensions du métamodèle sera effectuée.

Le métamodèle est tout d'abord composé du *cadre d'analyse*. Ce dernier permet à l'intervenant de prendre conscience des catégories mentales originaires de ses jugements. Aux dires de St-Arnaud (1993, p.240) : «Tout intervenant utilise un ensemble de normes et de valeurs à partir desquelles il porte des jugements - personnels, culturels ou professionnels - (...)». Ces jugements participent à la formulation de la situation à changer. Dans un même ordre d'idée, le *cadre d'analyse* comprend implicitement ou explicitement une théorie du changement. Dans la première version du métamodèle, cette dernière était considérée comme une dimension autonome. Selon cette théorie, le psychologue est invité à se demander quel est l'objet du changement. À quoi attribue-t-il le changement ? Désire-t-il changer le client, la situation ou le rapport entre le client et la situation ? «La formulation de la théorie du changement permet aussi de préciser quelles sont les



principales résistances au changement qui se manifestent au cours d'une intervention et comment on les traite» (St-Arnaud, 1993, p.255).

La deuxième composante du métamodèle fait référence à la *structure de la relation* qui s'établit entre l'aidant et l'aidé. «La structure de la relation que l'intervenant établit avec le bénéficiaire peut se définir en fonction du degré de compétence que l'intervenant attribue au bénéficiaire par rapport à l'intervention et en fonction du degré de contrôle que l'intervenant exerce sur l'intervention» (St-Arnaud, 1993, p.245). Lorsque l'intervenant attribue peu de compétence à son client et qu'il exerce un contrôle maximal sur l'intervention, les personnes concernées se retrouvent alors dans une structure de pression. Dans ces conditions, le but de l'intervention est fixé par le professionnel et le client est considéré comme un exécutant. Par contre, lorsque le but de l'intervention est déterminé par le bénéficiaire, les personnes concernées se retrouvent alors dans une structure de service. À ce moment-là, une plus grande part de compétence est attribuée au client puisque ce dernier exerce un contrôle sur le but visé et sur la poursuite de l'intervention. Dans ce contexte, les rôles sont modifiés. L'aidant est perçu comme le principal responsable du changement visé. Finalement, l'auteur aborde une structure de la relation où le but de l'intervention est établi conjointement entre les personnes concernées. Il s'agit de la structure de coopération. Dans cette forme de relation professionnel-client, le psychologue attribue une grande compétence à l'aidé et exerce beaucoup moins de contrôle sur celui-ci. Les champs de compétence de chacun sont bien définis de façon à équilibrer le pouvoir entre les partis. Ainsi, selon St-Arnaud (1993, p.249) : «La compétence du bénéficiaire est très élevée et le contrôle unilatéral fait place à un contrôle bilatéral qui s'exerce autant sur le processus de l'intervention que sur le but à atteindre».

La troisième composante traite de la *gestion du processus*. «Tout intervenant est le gestionnaire d'un processus d'intervention qui comporte des étapes dont l'agencement est réglementé» (St-Arnaud, 1993, p.255). Le professionnel qui désire conceptualiser son processus d'intervention est donc invité à définir clairement les règles de fonctionnement et les différentes étapes de l'entrée, du traitement et de la terminaison de son intervention afin d'identifier le canevas général et les particularités de sa pratique. Dans la version initiale, un sixième élément du



métamodèle faisait référence à l'évaluation des interventions. Dans la version finale, cet élément a été incorporé à la gestion du processus. Aux dires de St-Arnaud (1993, p.266) : «Tout intervenant procède, implicitement ou explicitement, à une évaluation continue de son efficacité à partir d'un ensemble de critères plus ou moins définis». En prenant soin de clarifier l'effet visible qu'il désire produire chez son client, le psychologue peut alors prendre conscience de l'efficacité de ses interventions lorsqu'il obtient l'effet visé chez l'aidé, sans produire pour autant d'effets secondaires. En cas d'inefficacité, il y a deux correctifs possibles. Selon l'auteur, dans les conditions où le professionnel attribue un manque d'efficacité au moyen utilisé, il sera alors pertinent qu'il change de stratégie. Par contre, si l'intervenant attribue son manque d'efficacité à une attente irréaliste, il sera alors plus adéquat qu'il change, à ce moment, d'intention.

Finalement, le quatrième élément du métamodèle aborde la *technique*. «Tout intervenant dispose d'un répertoire de procédés qui se développe avec l'expérience et qui constitue sa technique d'intervention» (St-Arnaud, 1993, p.257). Le psychologue qui réfléchit sur sa pratique est donc amené à identifier les différentes méthodes qu'il utilise pour produire l'effet recherché chez son client.

## **2. La relation d'aide ponctuelle : Un modèle d'intervention original de Sherbrooke**

La relation d'aide ponctuelle est une composante du modèle d'intervention en psychologie des relations humaines enseigné au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. S'inscrivant d'abord dans le courant de pensée de la psychologie humaniste-existentielle, inspirée entre autres de Rogers (1968, 1973), la relation d'aide ponctuelle s'adresse à des individus qui vivent une difficulté situationnelle. Selon St-Arnaud (1997, p.1) :

Bien qu'une personne puisse souhaiter à un moment de sa vie entreprendre une démarche de psychothérapie portant sur l'ensemble de sa personnalité, lorsqu'elle demande une aide ponctuelle, c'est à partir d'un événement précis ou de circonstances particulières qui ont fait émerger en elle une difficulté de fonctionnement au plan psychologique.



L'intervenant en relation d'aide est donc invité à travailler, en collaboration avec l'aidé, sur un élément précis qui indispose le client. Pour ce faire, le psychologue assistera la personne dans sa démarche d'aide afin qu'elle utilise ses propres ressources et qu'elle reprenne l'usage de son processus naturel de croissance.

Tout en puisant ses fondements dans le courant humaniste, le modèle d'aide ponctuelle de Sherbrooke s'inspire également de l'approche cognitive-comportementale (voir, par exemple, Beck et Weishaar, 1995). Le rapprochement de ces deux écoles de pensée fournit ainsi aux professionnels formés à Sherbrooke un modèle d'intervention original qui leur permet d'adapter leur façon d'intervenir en fonction de leurs affinités personnelles et des besoins de leur clientèle.

## **2.1. Cadre d'analyse : L'actualisation**

L'actualisation de la personne est un concept important de la relation d'aide ponctuelle. Cette théorie est présentée dans le livre de St-Arnaud (1996) intitulé *S'actualiser, par des choix éclairés et une action efficace*. Se basant sur les postulats de la psychologie humaniste (voir, par exemple, St-Arnaud, 1982), la théorie de l'actualisation suggère que chaque être humain est guidé, au cours de son développement, par une tendance à l'épanouissement personnel. Selon St-Arnaud (1996, p.2) : «[...] s'actualiser, c'est se développer comme un être unique, distinct de tous les autres, et ce en tenant compte du déterminisme de son code génétique et de l'environnement dans lequel on se développe». Le modèle de la relation d'aide considère ainsi que l'individualité de chaque être humain est tributaire de trois dimensions : les gènes (déterminisme héréditaire), les apprentissages (déterminisme du milieu) et la capacité à faire des choix personnels au cours de sa vie (autodétermination).

Puisque l'environnement socioculturel ne peut assurer l'équilibre optimal entre les besoins de l'individu et ceux de la société, il en résulte, selon la théorie de l'actualisation, que toute personne développe une personnalité composée d'un *soi intégré* et d'un *soi conflictuel*. Pour sa part, le *soi intégré* fait référence aux aspects de sa personnalité que l'individu apprécie particulièrement.

Cette facette de la personnalité est tributaire de l'intégration des besoins de la personne et des exigences de l'environnement. De son côté, le *soi conflictuel* fait plutôt référence aux aspects de la personnalité que l'individu veut modifier. Aux dires de St-Arnaud (1996, p.12), cette seconde facette de la personnalité est le : «[...] résultat de conflits non résolus entre les exigences de son organisme et les exigences de son milieu».

Prenant en considération le caractère mixte de la personnalité, la théorie de l'actualisation de la personne s'effectue soit par l'expansion du *soi intégré*, soit par la réduction du *soi conflictuel* (St-Arnaud, 1996). Pour ce faire, le psychologue en relations humaines aide le client à utiliser trois opérations distinctes constituant le processus d'actualisation : recevoir, choisir, agir.

Il est intéressant de constater qu'il est possible, quel que soit le prétendu degré d'actualisation obtenu par une personne, de faciliter son actualisation par l'utilisation des mêmes éléments, c'est-à-dire en l'aidant à devenir 1° plus disponible à l'égard de l'information qui circule dans son organisme et de celle qui provient de son environnement, 2° plus autonome dans ses choix et 3° plus efficace par une action qui répond à ses besoins fondamentaux (St-Arnaud, 1996, p.5).

Pour favoriser ce développement, le psychologue guide l'aidé en utilisant quatre types de processus psychologiques permettant à celui-ci d'augmenter la qualité et la quantité d'informations qui circulent dans son champ de conscience. Les processus perceptuels permettent à l'individu d'avoir accès aux faits. Les processus cognitifs génèrent les idées. Les processus affectifs produisent les ressentis. Finalement, les processus de la motivation se manifestent à travers les intentions de la personne (St-Arnaud, 1996).

Chaque processus est associé à un mode de fonctionnement conscient de l'individu. En mode cognitif, par exemple, le client est en contact avec ses pensées. En mode affectif, l'attention de la personne est dirigée vers ses émotions. Ces connexions s'établissent ainsi pour tous les processus, quels qu'ils soient. Il existe également un cinquième mode : le mode imaginaire. Ce dernier entre en action lorsqu'aucun des processus de base ne prédomine dans le champ de conscience de la personne. «En mode imaginaire, il se produit une sorte de libre circulation de l'information dans le champ de conscience, si bien que la personne expérimente une succession rapide et, souvent, sans



ordre logique des perceptions de faits (ou images), des ressentis, des idées et des intentions» (St-Arnaud, 1996, p.26). Le psychologue en relation d'aide incite donc le client à recevoir, choisir et agir, en amenant ce dernier à porter une attention particulière à l'information reliée aux modes de fonctionnement qu'il n'utilise pas spontanément.

## 2.2. Structure de la relation : La coopération

Généralement, le client prend l'initiative de la relation professionnel-client en faisant appel aux services d'un psychologue. Il en résulte que les deux parties se retrouvent, de prime abord, dans une structure de service où le client remet souvent la responsabilité de résoudre son problème entre les mains de l'intervenant. Afin de favoriser dès le départ l'autonomie de la personne aidée, le professionnel qui utilise le modèle de la relation d'aide ponctuelle s'empresse de rééquilibrer le pouvoir entre les interlocuteurs pour éventuellement travailler en collaboration avec le client. «On souhaite que la dépendance initiale du client, qui caractérise une structure de service, diminue progressivement et que le client utilise de plus en plus ses propres ressources pour atteindre les buts qu'il se fixe» (St-Arnaud, 1995, p.73).

Trois conditions sont toutefois nécessaires pour que s'établisse une relation coopérative entre les personnes impliquées. 1) Les partenaires doivent d'abord s'entendre pour la poursuite d'une cible commune. 2) Ces derniers doivent également s'accorder des compétences mutuelles par rapport au but visé. 3) Un équilibre du pouvoir doit finalement être présent afin que chacun puisse s'inter-influencer en respectant les limites des champs de compétence exclusifs à chacun (St-Arnaud, 1998).

Afin d'établir et de maintenir une relation coopérative avec l'aidé, l'intervenant en relation d'aide utilise cinq règles spécifiques présentées dans le volume de St-Arnaud (1995) intitulé *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*. Selon l'auteur, la *règle du partenariat* contribue à structurer dès le point de départ ce type de relation. Cette première règle est définie comme suit : «Quelle que soit la structure de la relation au point de départ - structure de pression ou structure de service-, je crée un *partenariat* en cherchant avec mon interlocuteur un objectif vers



lequel nos intérêts convergent, de façon à pouvoir travailler ensemble» (St-Arnaud, 1995, p.88). Le psychologue, en relation d'aide ponctuelle, va donc vérifier préalablement s'il peut accorder une certaine compétence à son client par rapport au changement souhaité. Si tel est le cas, il recherche par la suite à définir avec son client un but qu'ils pourront poursuivre tout au long de la thérapie.

Par ailleurs, l'intervenant en relation d'aide emploie également la *règle de l'alternance* afin d'augmenter l'efficacité de ses interventions. Cette règle consiste à obtenir un équilibre entre les fonctions d'*assistance* et de *suppléance*. Pour sa part, la fonction d'*assistance* : «[...] regroupe les procédés par lesquels on aide un système-client à utiliser et à développer ses propres ressources (facteur P)<sup>2</sup> pour procéder au changement souhaité» (St-Arnaud, 1998, chap.1-4). De son côté, la fonction de *suppléance* : «[...] regroupe les procédés par lesquels on met à la disposition d'un système-client le savoir et le savoir-faire accumulés en psychologie (facteur G)<sup>2</sup> » (St-Arnaud, 1998, chap.1-3). La règle de l'alternance amène ainsi le psychologue à susciter systématiquement la réaction de l'aidé lorsqu'il lui propose des pistes d'intervention ou lorsqu'il lui communique son expertise sur un sujet particulier.

D'autre part, l'aidant en relation d'aide favorise davantage la coopération lorsqu'il respecte la *règle de la concertation*. Aux dires de St-Arnaud (1998, chap.2-6), cette dernière : «[...] consiste à gérer le processus de communication ; c'est-à-dire à préparer le terrain par une entrée, à annoncer ses intentions, à prévenir ou à supprimer les obstacles en donnant de l'information sur le processus». La *concertation* favorise ainsi un consensus sur toutes les cibles que l'on poursuivra au cours de la démarche.

Finalement, le psychologue qui se veut un agent de coopération se doit d'utiliser deux dernières règles : la *non-ingérence* et la *responsabilisation*. La *non-ingérence* fait référence à la capacité qu'a l'aidant de reconnaître les limites de son pouvoir et de supprimer l'ingérence afin de

---

2. Les expressions facteur P (pour personnel) et facteur G (pour général), sont utilisées pour distinguer respectivement ce qu'il y a d'unique chez une personne et ce qui permet de la comparer à d'autres personnes en appliquant les généralisations scientifiques de la psychologie.

respecter les champs de compétence de chacun pour favoriser l'autonomie de la personne aidée (St-Arnaud, 1995). La *responsabilisation* invite le praticien à tenir compte de l'idiosyncrasie de chacun des partenaires. «La règle de la responsabilisation consiste à respecter son partenaire et à se faire respecter au besoin ; à se traiter soi-même et à traiter son interlocuteur comme des êtres uniques, capables de faire des choix personnels ; en bref, à reconnaître à chacun le droit d'être ce qu'il est et à se confirmer mutuellement dans son champ de compétence exclusif» (St-Arnaud, 1998, chap.2-6).

### **2.3. Gestion du processus d'intervention : Au service de la coopération**

La gestion du processus thérapeutique permet à l'intervenant de mettre en application les règles déjà décrites en procédant de façon systématique. Une entrée permet de procéder à l'analyse de la demande, d'établir les bases de la relation et de s'entendre sur les différents éléments d'un contrat d'intervention.

Une fois cette étape terminée, le psychologue poursuivra l'application des principes de la coopération, en suivant le mouvement du processus naturel de croissance du client (recevoir-choisir-agir). Aucune étape du traitement n'est donc préalablement définie puisque chaque individu évolue à son propre rythme. L'aidant se basera plutôt sur le facteur P de l'individu afin d'établir un plan de travail et situer à quelle(s) étapes(s) du processus d'actualisation la personne trouvera les ressources nécessaires pour obtenir le changement qu'elle désire (St-Arnaud, 1997).

Au terme de la démarche, le psychologue procédera à une terminaison en faisant d'abord un bilan de l'intervention. Il invitera, par exemple, le client à exprimer ses impressions suite à la démarche à laquelle il aura participé. Il lui proposera également d'évaluer le cheminement parcouru en fonction de son propre cadre de référence pour, ensuite, aborder avec ce dernier les suites de l'intervention en vue de consolider les acquis et de poursuivre sa démarche d'actualisation (St-Arnaud, 1997).



Il est à noter que les compétences de gestion impliquent également une capacité d'*autorégulation*. L'intervenant en relation d'aide précise continuellement ses intentions au cours de la démarche thérapeutique afin de constater si les effets observés correspondent bel et bien à celles-ci. Si tel n'est pas le cas, le professionnel tentera alors de changer de stratégie ou d'intention selon que son manque d'efficacité soit attribué aux moyens utilisés ou à une attente irréaliste de sa part.

#### **2.4. La technique : Un volet éclectique**

Au cours du processus thérapeutique, l'intervenant en relation d'aide ponctuelle est appelé à utiliser et activer les ressources de la personne aidée. Pour ce faire, ce dernier a la possibilité de puiser dans un vaste répertoire de techniques d'*assistance* et de *suppléance*. «Le modèle d'intervention utilisé dans ce contexte intègre plusieurs éléments des approches cognitives comportementales (Beck et Weishaar, 1995), de la thérapie centrée sur les solutions (De Shazer, 1988, 1996), de la thérapie multimodale (Lazarus, 1989) et des thérapies brèves (Hoyt, 1995)» (St-Arnaud, 1998, chap.2-9). D'autres méthodes sont également utilisées (voir, par exemple, Hétu, 1990). Il en résulte, sur le plan technique, une grande polyvalence qui permet au psychologue d'instrumenter le client à chaque étape de son processus naturel de croissance et de favoriser l'autonomie de ce dernier.

### **3. La Thérapie d'Impact : Un modèle multisensoriel**

La Thérapie d'Impact, pour sa part, ne représente pas une nouvelle théorie. Selon Beaulieu (1998) : «[...] c'est une nouvelle approche d'intervention qui essaie de mettre en fonction l'ensemble de la géographie neuronale c'est-à-dire, le plan visuel, auditif, kinesthésique et olfactif». Les tenants de ce modèle d'intervention considèrent que la région auditive du cerveau ne possède pas, à elle seule, toute l'information disponible dans l'organisme de la personne puisque tout être humain apprend de façon multisensorielle à partir de ce qu'il voit, de ce qu'il entend, de ce qu'il sent et de ce qu'il ressent.



Le thérapeute d'Impact utilise principalement des moyens concrets, dynamiques et visuels afin d'amener l'aidé à comprendre plus rapidement la dynamique de sa difficulté. S'inscrivant dans une approche à court terme, ce modèle tente principalement d'améliorer la qualité des interventions thérapeutiques en utilisant davantage des modalités sensorielles (visuelles, auditives, olfactives et kinesthésiques) pour activer le champ de conscience du client. Pour ce faire, l'intervenant utilise généralement différents objets, dessins ou mouvements corporels afin de conceptualiser visuellement ou physiquement la difficulté que vit l'aidé et, ainsi, l'impliquer plus activement dans son processus thérapeutique en lui enseignant différents comportements à adopter pour solutionner sa difficulté. «En Thérapie d'Impact, l'intervenant est d'abord un *coach*, un enseignant qui est là pour instruire l'individu sur ce qui ne va pas dans sa vie et le mobiliser pour qu'il apprenne des méthodes plus gagnantes pour vivre sa vie» (Beaulieu, 1998).

### 3.1. Cadre d'analyse : Une approche multi-théorique

La Thérapie d'Impact se veut une approche éclectique qui incorpore principalement, dans ses fondements théoriques, l'Analyse Transactionnelle et la Thérapie Émotivo-rationnelle. Elle intègre également des éléments de la Gestalt, de la Thérapie de la Réalité, de la Thérapie orientée vers les solutions, de la Programmation neurolinguistique, de l'approche systémique et de l'hypnose ericksonnienne (Beaulieu, 1997).

Pour sa part, l'Analyse Transactionnelle est l'un des piliers fondamentaux à la Thérapie d'Impact. Cette théorie, élaborée par Berne (1964), permet d'expliquer et de comprendre la dynamique intra-psychique et inter-relationnelle d'une personne en terme de trois différents états de l'*ego* : l'*Enfant*, le *Parent* et l'*Adulte*. Ces trois forces interagissent à l'intérieur d'un même individu et influencent la façon d'être avec soi-même et les autres selon le niveau d'emprise que chacune d'entre-elles exerce sur la personne. Ces instances se développent durant la période de l'enfance. Selon Jacobs (1994, p.21) : «Très tôt, les messages et les croyances sont assimilés comme des enregistrements sur bandes magnétiques dans les différents stades de l'*ego*. Certains de ces enregistrements jouent constamment dans la tête des gens» (traduction libre). Le rôle du thérapeute



d'Impact est avant tout d'identifier l'instance qui domine l'*ego* du client, en observant son langage non verbal, son discours et son timbre de voix pour, éventuellement, favoriser l'expansion de l'*Adulte* chez ce dernier.

L'*Enfant* se divise en deux parties : l'*Enfant pur* et l'*Enfant adapté*. Pour sa part, l'*Enfant pur* représente la partie de la personnalité qui aime jouir de la vie et avoir du plaisir. La personne qui extériorise son *Enfant pur* est remplie de joie, d'allégresse et ne manque pas une occasion pour s'amuser. Pour elle, le rire est toujours au rendez-vous. Elle manifeste également une curiosité marquée pour découvrir de nouveaux horizons, accompagnée de l'insouciance que l'on retrouve généralement chez les jeunes enfants.

De son côté, l'*Enfant adapté* représente l'aspect négatif de l'*Enfant*. L'individu dominé par cette instance manifeste une faible estime de lui-même et croit généralement qu'il n'est pas compétent dans une ou plusieurs sphères de sa vie. L'*Enfant adapté* essaie avant tout de plaire aux autres et joue habituellement le rôle de la victime. Tel que formulé par Jacobs (1994, p.22) : « Cette partie essaie constamment de gagner la reconnaissance des autres en essayant de vivre continuellement selon les attentes de ceux-ci » (traduction libre).

D'autre part, le *Parent* se divise également en deux entités, le *Parent nourricier* et le *Parent critique*. Selon Beaulieu (A, p.2) : « L'état du *Parent* englobe des attitudes et des comportements provenant principalement des parents et des personnes d'autorité qu'il y avait dans l'entourage de l'enfant et/ou des valeurs sociales et culturelles ». Le *Parent nourricier*, pour sa part, représente le parent sain qui, en usant de ses facultés de compréhension, de support et d'amour, valorise non seulement lui-même mais aussi les autres.

De son côté, le *Parent critique* représente le parent non sain. Aux dires de Beaulieu (1998): « Il s'agit du livre de la mère, 2e édition ». Cette instance se manifeste généralement par une attitude condescendante et critique face à soi-même et aux autres. La conjugaison du verbe *devoir* ne possède aucun secret aux yeux de cette entité puisqu'il fait partie intégrante de son discours.



Finalement, toute personnalité est également constituée de l'*Adulte*. Selon la théorie de l'Analyse Transactionnelle, cet état doit dominer l'*ego* de toutes personnes afin qu'elles puissent faire preuve d'un jugement objectif. D'après Beaulieu (A, p.4) : «Il [l'adulte] est organisé, souple, intelligent, et son mode de fonctionnement consiste à analyser la réalité, à estimer les probabilités et à traiter les données de façon impartiale». Empreinte de logique, cette instance fait preuve de maturité et d'intégrité face à lui-même et aux autres.

Le thérapeute d'Impact utilise l'Analyse Transactionnelle de plusieurs manières. Généralement, ce dernier prend soin d'enseigner visuellement, à l'aide d'un graphique ou de la technique de *la chaise vide* par exemple, les bases de cette théorie au client afin de l'aider à comprendre la dynamique de sa difficulté. Par la suite, l'intervenant favorise l'expansion de l'*Adulte* chez l'aidé en éliminant l'influence du *Parent critique* ou de l'*Enfant adapté*, selon l'instance qui lui pose difficulté. D'après Jacobs (1994, p.22) : «La Thérapie d'Impact est basée sur l'idée qu'une personne peut changer lorsqu'on peut renforcer l'*Adulte* en elle» (traduction libre). Pour cette raison, le thérapeute d'Impact tentera continuellement d'établir une relation *d'Adulte à Adulte* avec son client en prenant soin d'activer l'ensemble de sa géographie neuronale pour l'aider à changer. «Si je veux amener un changement chez la personne, j'ai intérêt à ce que ce nouvel enseignement ou cette nouvelle perception de sa vie passe par tous ses sens afin que la nouvelle information soit synergique. [...] cela permet d'avoir plus d'impact et d'arriver à une plus grande rapidité et efficacité d'intégration du matériel à changer ou des nouvelles habiletés à acquérir» (Beaulieu, 1998).

Combinés à l'Analyse Transactionnelle, le thérapeute d'Impact utilise également les fondements de la Thérapie Émotivo-rationnelle. Selon cette théorie, les pensées causent les émotions qui, à leur tour, provoquent les comportements (Ellis, 1962) (Walen, DiGiuseppe et Wessler, 1992). «Nos émotions naissent à la suite de ce que nous nous disons par rapport à certaines situations et non à cause de la situation elle-même» (Beaulieu, A, p.7).

Ainsi, la mission du thérapeute d'Impact se veut d'identifier rapidement les croyances, le discours et les idées irrationnelles du client afin de les confronter à la réalité et de les recadrer. Il



s'agit pour l'intervenant de parvenir à effacer la fausse logique privée que le client a enregistrée sur sa bande magnétique (pour reprendre la métaphore de Jacobs), afin d'y insérer un discours rationnel.

Pour ce faire, le thérapeute d'Impact utilise généralement l'ABC de la Thérapie Émotivo-rationnelle où *A* représente l'événement précipitant, *B* : la logique privée et *C* : les émotions. Généralement, l'intervenant utilise une variété de techniques afin de démontrer à l'aidé l'irrationalité de son discours et lui faire prendre conscience que ses ressentis sont le produit de ses cognitions et non de la situation. «Il y a un temps où le thérapeute attendra que le client remette lui-même en question ses pensées ; mais lorsque ce dernier ne peut le faire par lui-même, [...], le thérapeute d'Impact lui enseignera alors un discours rationnel à adopter» (Jacobs, 1994, p.20) (traduction libre).

### 3.2. La structure de la relation : De la pression vers la coopération

L'intervenant formé en Thérapie d'Impact selon l'approche de Beaulieu instaure habituellement ce que St-Arnaud (1995) appelle une structure de pression. Bien que l'aidé se présente généralement dans une structure de service, en espérant de son psychologue la solution à ses problèmes, le thérapeute d'Impact a tendance à modifier les objectifs fixés préalablement par son client lorsque ce dernier n'aborde pas la source même de sa difficulté. Le but de l'intervention est donc habituellement fixé par le professionnel puisque ce dernier attribue peu de compétence à l'aidé lorsqu'il se laisse diriger par son *Parent critique* ou son *Enfant adapté*. Contrôlant à la fois le but et le processus d'intervention, l'aidant prend ainsi en charge le changement visé afin d'orienter son client dans la direction qu'il juge la plus appropriée selon son expertise. «En conséquence, l'acteur essaie d'influencer l'interlocuteur pour que celui-ci fasse ce qu'il faut pour atteindre le but visé [...]» (St-Arnaud, 1995, p.70). Aux dires de Beaulieu (1998) :

Quand le client arrive avec un problème, c'est à moi de trouver la *tumeur principale*, c'est-à-dire ce qui est à l'origine de sa difficulté. Le client arrive souvent avec une *tumeur* de dixième niveau [...]. Je tente alors de le faire détourner de ses choix parce que je ne pense pas que ce soit lui qui choisisse en tant qu'*Adulte* [...]. Je considère que c'est l'intervenant qui possède l'expertise et les théories. C'est à lui de comprendre la source du problème, de l'expliquer à son client et de lui *vendre* un contrat.

Un bémol doit être néanmoins apporté à la directivité du thérapeute d'Impact puisque ce dernier tient compte du facteur P de son client lorsqu'il valide son expertise auprès de celui-ci. Bien que le contrôle de la cible se fasse généralement de manière unilatérale de la part de l'intervenant, il n'en demeure pas moins que ce dernier reconnaît le champ de compétence de l'aidé en ce qui a trait, entre autres, à son histoire personnelle. Certains éléments de la coopération semblent ainsi présents dans le modèle de la Thérapie d'Impact. De fait, le thérapeute d'Impact devient progressivement coopératif à mesure que l'aidé laisse émerger l'*Adulte* en lui. À ce moment, l'intervenant reconnaît davantage le champ de compétence de son client par rapport au but visé. Il utilise alors la technique du *coaching* par opposition à la technique du *modeling* qu'il privilégiait lorsque son client se laissait dominer par son *Parent critique* ou son *Enfant adapté*.

### 3.3. La gestion du processus : Une question de *marketing*

Malgré la diversité observée chez les auteurs au sujet de la gestion du processus, Beaulieu (1998) a une façon particulière d'aborder le sujet. Étant teinté de directivité, son modèle d'intervention se caractérise par la succession de trois étapes distinctes et originales.

La première étape a pour but, comme il est cité plus haut, d'identifier la *tumeur principale* qui amène le client à consulter. Cette *tumeur* est généralement reliée à un ou certains événement(s) passé(s). Croyant que le client n'est souvent pas conscient de la source même de sa difficulté, le professionnel de la Thérapie d'Impact va régulièrement au-delà du motif de consultation de l'aidé afin de l'amener à travailler le cœur central de son problème, tel que défini par l'intervenant.

Une fois que l'intervenant a bien saisi l'origine de la difficulté de son client, la responsabilité lui revient de formuler un contrat qui permettra à l'aidé de surmonter la *tumeur principale* qui lui pose difficulté. À cette étape, le thérapeute d'Impact a pour mission de *vendre* un contrat à son client. Selon Beaulieu (1998), le professionnel se doit ainsi d'utiliser ses habiletés en *marketing* afin de trouver un moyen de faire accepter la cible de travail à l'aidé puisque ce dernier n'est généralement pas en position *Adulte* pour choisir de lui-même ce qui lui est le plus approprié.



Finalement, la troisième étape consiste à utiliser une panoplie de techniques et de stratégies afin d'outiller le client à vivre sainement dans son environnement. Aux dires de Beaulieu (1998) : «Il s'agit d'enseigner au client des méthodes plus *gagnantes* pour gérer sa vie». Pour ce faire, le thérapeute commence d'abord, comme il est mentionné plus haut, par diminuer les forces négatives présentes dans la dynamique du client, telles le *Parent critique* et l'*Enfant adapté*, pour ensuite augmenter la présence de l'*Adulte*, du *Parent nourricier* et/ou de l'*Enfant pur* chez ce dernier.

Bien que Beaulieu (1998) n'aborde pas la terminaison de la thérapie comme une étape distincte dans la gestion du processus, il est à noter que cette dernière prend habituellement soin de terminer la démarche thérapeutique par un bilan de ce qui a été accompli au cours des séances. Elle prend également le temps d'explorer avec le client les difficultés éventuelles et l'aide à faire un plan pour composer avec celles-ci. Finalement, afin de maintenir et de consolider les acquis, Beaulieu (1998) laisse généralement un objet concret au client qui représente ce qui a été plaisant, intense et significatif pour ce dernier au cours de la thérapie.

Il est à noter que le modèle de la Thérapie d'Impact possède un modèle d'évaluation d'interventions implicite basé principalement sur les changements observés dans la dynamique du client. Pour ce faire, le thérapeute d'Impact évalue l'efficacité de ses interventions en fonction des ressentis qu'il éprouve dans la relation. S'il évalue que le client adopte des stratégies plus *Adultes*, l'intervenant pense alors que ses interventions sont couronnées de succès.

L'intervenant en Thérapie d'Impact peut également évaluer le changement observé chez l'aidé en lui demandant de se positionner sur une échelle graduée de 0 et 10, où 0 représente l'état initial de l'aidé et 10 le changement désiré (Beaulieu, 1998). Cette technique permet ainsi au professionnel de vérifier le degré de succès de ses interventions auprès de la personne concernée. Néanmoins, il est à préciser que ces stratégies d'évaluation se font dans une globalité et ne permettent pas d'évaluer successivement chacune des réparties du dialogue comme le modèle d'évaluation utilisé en relation d'aide ponctuelle.

### 3.4. La technique : Au service de la créativité

Tout comme dans le modèle de la relation d'aide ponctuelle, l'intervenant formé en Thérapie d'Impact utilise un vaste répertoire de techniques. À ce sujet, le modèle de la Thérapie d'Impact selon Beaulieu (1998) intègre et adapte plusieurs éléments des théories à la base de son cadre d'analyse, ainsi que d'autres approches mentionnées plus haut dans cet essai. Bien que la Thérapie d'Impact démontre un grand choix de techniques *d'assistance*, il n'en demeure pas moins que la grande majorité d'entre elles semblent davantage associées à la fonction *suppléance*, puisque le thérapeute d'Impact est avant tout un enseignant (voir à ce sujet, Beaulieu, 1997). La technique du *modeling* est ainsi priorisée au départ de la thérapie pour ensuite faire place au *coaching* au fur et à mesure que l'aidé laisse extérioriser l'*Adulte* en lui.

Malgré l'éclectisme observé sur le plan technique, l'originalité du modèle présenté réside dans l'utilisation constante de la créativité du thérapeute. En effet, l'intervenant en Thérapie d'Impact est constamment invité à utiliser son pouvoir créateur afin de concrétiser le problème du client et de l'impliquer plus activement dans son processus thérapeutique (Beaulieu, 1997).

Pour ce faire, le thérapeute peut utiliser une panoplie d'objets afin de démontrer visuellement la source de la difficulté à l'aidé. À titre d'exemple, l'intervenant peut utiliser un billet de 20\$ pour représenter l'estime de soi d'une personne ayant vécu de l'inceste dans son enfance (Beaulieu, 1997, p.48). Le but de cette intervention est d'amener le client à constater qu'il conserve la valeur initiale qu'il possédait avant les événements. Exposant le billet devant les yeux de l'aidé, le thérapeute lui demande alors combien vaut ce papier. Après avoir obtenu une réponse de la part du client, l'intervenant froisse la coupure en reprenant le discours tenu par l'*Enfant adapté* de celui-ci. Une fois terminé, le thérapeute défroisse alors le billet et repose la question initiale au client afin de l'aider à constater qu'il conserve, tout comme la coupure de 20\$, sa valeur initiale.

Par ailleurs, le thérapeute d'Impact utilise couramment la technique de *la chaise vide*, élaborée initialement par la Gestalt (Perls, 1969). L'approche dont il est ici question lui apporte



cependant une couleur particulière en combinant cette technique aux concepts employés en Analyse Transactionnelle (voir à ce sujet, Beaulieu, 1997, et Jacobs, 1994). En effet, la Thérapie d'Impact utilise régulièrement des chaises vides afin d'aider le client à distinguer les dimensions de son *ego* impliquées dans le problème et concrétiser leurs interactions. En créant une dissociation entre l'aidé et les instances concernées, il devient plus facile de les analyser et de les traiter (Beaulieu, 1997). L'utilisation de chaise régulière permet ainsi au client de faire habiter l'*Adulte*, le *Parent critique* ou le *Parent nourricier*, tandis que l'utilisation de petites chaises lui permet de visualiser la présence de l'*Enfant pur* ou de l'*Enfant adapté*.

Afin d'activer l'ensemble de la géographie neuronale du client et de l'aider à comprendre plus rapidement la dynamique de sa difficulté, le thérapeute d'Impact utilise également les mouvements corporels. «Rappelons qu'il est connu que l'être humain retire 70% de ce qu'il met en pratique contre 5 à 10% seulement de ce qu'il entend» (Beaulieu, 1997, p.171). Éveillant ainsi l'ensemble des modalités sensorielles (visuelles, auditives, olfactives et kinesthésiques), l'aidé est plus apte à faire des *insights* et davantage impliqué dans son processus thérapeutique.

À titre d'exemple, l'intervenant peut demander à un client dépressif de se tenir dans un coin de murs afin de lui faire vivre concrètement sa problématique (Beaulieu, 1997, p.202). Cette intervention a pour but d'amener le client à prendre conscience que la direction prise jusqu'à présent dans sa vie le mène dans une impasse. Le thérapeute demande alors à l'aidé ce qu'il observe et ressent dans une telle situation. Par la suite, il lui demande de se retourner progressivement et de décrire ce qu'il observe et ressent dans la nouvelle position. Le client peut alors constater qu'il voit de la lumière, qu'il a plus d'air et qu'il se sent mieux. Cette expérience lui permet ainsi de saisir clairement qu'il existe une autre alternative au suicide et l'amène éventuellement à reprendre le pouvoir de sa vie pour changer sa situation (Beaulieu, 1997).

Finalement, le thérapeute d'Impact utilise également l'écriture et les graphiques afin de représenter visuellement certains aspects de la problématique du client et faciliter sa compréhension.

L'intervenant peut ainsi dessiner un égogramme<sup>3</sup> afin de démontrer visuellement le degré d'influence de chaque instance de *l'ego* chez la personne aidée (Jacobs, 1994, p.25). Il peut également inciter le client à dessiner un cercle en forme de tarte afin qu'il y répartisse son énergie (Beaulieu, 1997, p.270). On lui demande alors de subdiviser proportionnellement les différentes dimensions présentes dans sa vie (travail, couple, famille, amis, loisirs, etc.) afin de l'aider prendre conscience du déséquilibre existant. La métaphore et l'imagerie mentale sont également employées. La grande polyvalence présente sur le plan technique permet ainsi au thérapeute d'Impact d'avoir accès à une multitude de stratégies lui permettant de rendre le processus thérapeutique concret, tout en suscitant l'implication et la prise de conscience des clients face à leur problématique (Beaulieu, 1998).

#### **4. Éléments de réponse à la questions de l'essai**

L'analyse qui précède permet maintenant de dégager des éléments de réponse à la question principale de cet essai : *À quelles conditions le psychologue en relation d'aide ponctuelle, dont le modèle d'intervention est basé sur la psychologie des relations humaines, peut-il emprunter des éléments de la Thérapie d'Impact, sans déformer les principes de base de son propre modèle d'intervention ?* Des éléments de divergence et de convergence peuvent ainsi être dégagés entre les deux modèles d'intervention.

##### **4.1. Éléments de divergences**

Comme le démontre la comparaison des modèles de la relation d'aide ponctuelle et de la Thérapie d'Impact, ces deux approches semblent à priori diverger sur plusieurs aspects. De fait, le cadre d'analyse, la structure de la relation et la gestion du processus propres à chaque modèle semblent en grande partie opposés.

---

3. L'égogramme est un histogramme qui représente la proportion de chaque dimension de l'*ego* sur une échelle graduée de 0 à 10.



#### 4.1.1. Des cadres d'analyse divergents

Se basant sur la théorie de l'actualisation, le modèle de la relation d'aide ponctuelle ne conçoit pas le changement chez un individu de la même manière que la Thérapie d'Impact. Comme il est mentionné plus haut dans cet essai, le psychologue en relation d'aide croit que le client possède généralement la capacité de s'autodéterminer et d'utiliser ses propres ressources pour reprendre le contrôle de son processus naturel de croissance. Selon cette conception, le client est donc la personne la mieux placée pour répondre à ses besoins. Voilà pourquoi l'intervenant en relation d'aide ponctuelle *assiste* habituellement l'aidé au cours de la thérapie afin qu'il développe ses propres ressources pour s'actualiser.

Cette vision semble différente du modèle de la Thérapie d'Impact selon Beaulieu puisque cette dernière croit que le client ne possède pas toutes les réponses et les solutions à l'intérieur de lui pour faire face à certaines difficultés (Beaulieu, B). Adoptant alors un cadre d'analyse conforme au modèle médical, le thérapeute d'Impact se dit la personne la mieux placée pour établir le diagnostic de la problématique et évaluer ce qui est le mieux pour l'intérêt du client, lorsqu'il juge que ce dernier se laisse diriger par son *Parent critique* ou son *Enfant adapté*. L'intervenant en Thérapie d'Impact croit ainsi qu'il est le principal responsable des résultats de la psychothérapie (Beaulieu, B), contrairement au psychologue en relation d'aide pour qui le succès de la thérapie est attribuable au client.

#### 4.1.2. Des structures de relation initialement opposées

Une différence majeure semble exister au sujet de la structure de la relation de chaque approche. La relation d'aide ponctuelle prône les valeurs de la coopération afin de favoriser dès le départ l'autonomie du client. À l'opposé, la Thérapie d'Impact se retrouve initialement dans une structure de pression où le thérapeute essaie généralement d'influencer son client pour qu'il accepte le contrat qu'il a défini en fonction du diagnostic posé. Ces deux fonctions sont cohérentes avec les

cadres d'analyse de chaque approche car la coopération suppose une reconnaissance d'un champ de compétence exclusif au client pour s'auto-évaluer, ce qui n'est pas reconnu dans le modèle de la Thérapie d'Impact.

Dans un même ordre d'idée, la *règle du partenariat*, présente en relation d'aide ponctuelle, n'est habituellement pas respectée par le thérapeute d'Impact. S'attribuant la compétence pour juger la dynamique de la personne aidée, l'intervenant en Thérapie d'Impact accorde généralement peu de compétences au client lorsqu'il constate que le *Parent critique* ou l'*Enfant adapté* domine son égogramme. Voilà pourquoi, l'aidant en Thérapie d'Impact définit généralement le but de l'intervention de manière unilatérale. Il s'en suit que l'équilibre du pouvoir prôné par la coopération est absent de ce modèle, tant et aussi longtemps que le thérapeute juge que son client ne manifeste pas une dynamique plus *Adulte*.

Par ailleurs, l'analyse des deux approches présentées permet de constater que la Thérapie d'Impact privilégie la fonction de *suppléance*. Pour Beaulieu (1997, p. 116), la guérison se fait : « (...) à travers l'apprentissage de nouvelles habiletés, grâce au modeling et à l'enseignement du thérapeute ». L'intervenant en Thérapie d'Impact se base donc généralement sur le savoir et le savoir-faire accumulés en psychologie pour amener le client à changer ses cognitions, ses ressentis et ses comportements. À l'opposé, le modèle de la relation d'aide ponctuelle privilégie dès le départ la fonction d'*assistance* afin d'amener la personne aidée à développer et à utiliser ses propres ressources pour changer. Voici comment St-Arnaud (1998, chap. 1-4) explique cette insistance dans la présentation du modèle en psychologie des relations humaines, dont la relation d'aide ponctuelle n'est qu'une application parmi d'autres :

Une intervention où une suppléance est exercée sans une assistance appropriée aboutit souvent à ce qu'on appelle un « rapport tablette »; celui-ci contient des recommandations que le système-client reçoit parfois avec enthousiasme mais qui ne sont pas réalistes parce que le Facteur P n'a pas été pris en considération de façon suffisante; de sorte que le rapport est déposé sur une tablette et ne donne lieu à aucun changement réel. Inversement une intervention où la suppléance est insuffisante correspond à ce qu'on appelle du laisser-faire; le système-client tourne en rond et aucun changement ne se produit.



D'autre part, le modèle de la Thérapie d'Impact ne se prête pas à l'utilisation des règles de la *non-ingérence* et de la *responsabilisation* présentes en relation d'aide ponctuelle. En effet, pour que ces règles aient un sens, il faut d'abord reconnaître au client un champ de compétence exclusif. Il n'y a rien de tel dans la Thérapie d'Impact. Invitée à réagir à cette notion de *non-ingérence*, Beaulieu (1998) répondait : «En Thérapie d'Impact, on fait beaucoup d'ingérence». L'expertise (facteur G) l'emporte ainsi sur l'idiosyncrasie de chaque client (facteur P), ce qui amène le thérapeute d'Impact à sous-estimer la capacité de l'aidé à faire des choix personnels lorsqu'il constate que ce dernier est sous l'emprise de son *Parent critique* ou de son *Enfant adapté*.

#### 4.1.3. Une gestion différente du processus d'intervention

Une différence semble également exister sur le plan de la gestion du processus. Les premières étapes de chaque modèle d'intervention semblent en effet inconciliables. Tel que présenté plus haut, le thérapeute d'Impact utilise généralement son pouvoir d'expert pour identifier la source du problème (*tumeur principale*) et influencer le client vers la trajectoire qu'il juge la plus appropriée (*vente du contrat*). Se laissant peu influencer par le client pour définir les termes du contrat, le thérapeute d'Impact n'utilise pas, au point de départ, la *règle de la concertation*. À l'opposé, le psychologue en relation d'aide ponctuelle cherche à formuler la situation initiale, l'objectif de l'intervention, la façon de travailler et la responsabilité de chacun à la satisfaction des deux interlocuteurs (St-Arnaud, 1995). L'influence de la personne aidée est donc majeure. Même lorsque l'intervenant doit recadrer une demande pour pouvoir aider son client, le consensus servira de critère pour évaluer la qualité du contrat qu'ils se sont donné.

#### 4.2. Éléments de convergence

Malgré les grandes divergences présentes sur le plan du cadre d'analyse, de la structure de la relation et de la gestion du processus entre les deux modèles présentés, la Thérapie d'Impact offre néanmoins une contribution intéressante à la relation d'aide ponctuelle.

#### **4.2.1. Un apport sur le plan technique**

Le volet technique de la relation d'aide ponctuelle peut être bonifié par la richesse des techniques utilisées en Thérapie d'Impact, car les deux modèles se disent éclectiques sur ce plan. Les techniques d'Impact offrent ainsi un apport intéressant au modèle de Sherbrooke puisqu'elles permettent de concrétiser la problématique du client. En utilisant des moyens concrets, dynamiques et visuels, l'intervenant en relation d'aide permettra à l'aidé de comprendre plus facilement le pourquoi et/ou le comment de ses difficultés. L'utilisation de telles techniques permettra également de concrétiser et de simplifier le processus thérapeutique, ce qui facilitera l'intervention auprès de personnes peu scolarisées. De plus, les outils empruntés permettront d'impliquer plus activement le client dans la thérapie et de rendre le processus plus dynamique et interactif.

#### **4.2.2. Un apport aux modes sensoriel et imaginaire**

Tout comme l'approche rogérienne (Rogers, 1951) a bonifié l'accès au mode affectif du client dans la relation d'aide en développant, par exemple, le concept de reflet de sentiments, l'emprunt des techniques d'Impact, pour sa part, permet de favoriser le mode sensoriel ou le mode imaginaire chez la personne aidée. Pour St-Arnaud (1996, p.22) :

Toute information qui provient de l'environnement utilise des modalités sensorielles pour entrer dans le champ de conscience, à savoir la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, ou le toucher; quant à l'information provenant de son organisme, elle utilise les sens internes, c'est à dire le sens organique, le sens de l'équilibre ou le sens du mouvement.

En utilisant des objets, des graphiques et le mouvement corporel, les techniques empruntées permettront d'augmenter l'activation du mode sensoriel du client, contribuant ainsi au processus de réception, première opération du processus d'actualisation (St-Arnaud, 1996). De leurs côtés, les métaphores et les fantaisies mentales élaborées en Thérapie d'Impact permettront d'obtenir le même effet chez la personne aidée en augmentant l'utilisation du mode imaginaire.



### 4.3. Conditions d'emprunt

Les outils d'évaluation et d'intervention élaborés en Thérapie d'Impact peuvent augmenter le répertoire du psychologue en relation d'aide sur le plan de la technique à la condition que ce dernier respecte les prémisses de son cadre d'analyse et de la structure de sa relation thérapeutique. La distinction entre le cadre d'analyse et la technique est importante puisque l'intervenant en relation d'aide ponctuelle ne prend pas en charge le changement visé.

L'emprunt des techniques est alors possible lorsque le psychologue en relation d'aide respecte le mouvement du processus naturel de croissance de son client. À la différence du thérapeute d'Impact qui oriente délibérément son client dans la trajectoire d'action afin d'accélérer le processus thérapeutique, l'intervenant en relation d'aide ponctuelle doit prendre soin de sélectionner des techniques qui conviennent à la trajectoire choisie conjointement par les deux partenaires de la relation (réception, choix, action). Le thérapeute peut introduire ces nouvelles techniques comme moyens d'aider le client à devenir 1<sup>o</sup> plus réceptif à l'information qui circule dans son organisme et qui provient de son environnement, 2<sup>o</sup> plus autonome pour faire des choix et 3<sup>o</sup> plus efficace pour passer à l'action (St-Arnaud, 1996). Ce faisant, il exerce une fonction de *suppléance* sur le processus, mais il aura soin de vérifier systématiquement la disposition du client à utiliser les techniques proposées grâce à la fonction d'*assistance* (*règle de l'alternance*).

De plus, l'emprunt des techniques effectué par l'intervenant en relation d'aide ponctuelle ne pourrait se faire au détriment des règles de la coopération prônée par son modèle d'intervention. Le psychologue devra ainsi chercher avec l'aidé un objectif vers lequel leurs intérêts convergent et se concerter avec le client dans la gestion du processus thérapeutique (*règle du partenariat et de la concertation*). Les techniques devront être également empruntées dans le respect des champs de compétence exclusifs de chacun. En aucun cas le thérapeute ne cherchera à *vendre* une technique. Le psychologue respectera ainsi le pouvoir limité qu'il s'accorde (*règle de non-ingérence*). Finalement, l'intervenant devra considérer la personne aidée comme une personne autonome, capable de faire des choix personnels (*règle de la responsabilisation*).

## Conclusion

Cet essai-synthèse a permis d'analyser et de comparer le modèle de la relation d'aide ponctuelle de Sherbrooke au modèle de la Thérapie d'Impact selon Beaulieu. Utilisant les dimensions du métamodèle de Mandeville et St-Arnaud (1998) pour présenter les composantes de chaque approche, l'analyse a permis, par la suite, de dégager les divergences et les convergences entre ces deux modèles d'intervention. Des conditions de rapprochements ont pu ainsi être dégagées afin de répondre à la question principale de cet essai : *À quelles conditions le psychologue en relation d'aide ponctuelle, dont le modèle d'intervention est basé sur la psychologie des relations humaines, peut-il emprunter des éléments de la Thérapie d'Impact, sans déformer les principes de base de son propre modèle d'intervention ?*

Malgré les divergences constatées sur le plan du cadre d'analyse, de la structure de la relation et de la gestion du processus entre les deux modèles, l'essai a permis de constater que la Thérapie d'Impact offre une contribution intéressante à la relation d'aide ponctuelle sur le plan technique. En effet, les techniques d'Impact permettent de concrétiser la problématique du client et de simplifier la compréhension du processus thérapeutique pour la personne aidée. De plus, l'emprunt de techniques d'Impact permet d'augmenter l'utilisation des modes sensoriel et imaginaire en relation d'aide ponctuelle.

Par ailleurs, l'analyse a permis de dégager quelques conditions d'emprunt aux techniques utilisées en Thérapie d'Impact. Le psychologue en relation d'aide ponctuelle se doit de respecter les prémisses de son propre cadre d'analyse et de la structure de sa relation. Pour ce faire, l'aidant demeure toujours au service du processus d'actualisation, poursuivant une trajectoire qui facilite la levée des obstacles au bon fonctionnement de celui-ci. L'efficacité reste ainsi dépendante du maintien d'une relation de coopération. Bien entendu, d'autres conditions d'emprunts peuvent exister. L'auteur désire donc poursuivre cette réflexion au cours de sa pratique professionnelle afin de pouvoir utiliser des techniques d'Impact sans déformer les principes de base de son propre modèle d'intervention.



### Références

- BEAULIEU, D. (A), *Thérapie d'Impact, niveau I*, Lac Beauport : Danie Beaulieu, Ph.D.
- BEAULIEU, D. (B), *Thérapie d'Impact, niveau II*, Lac Beauport : Danie Beaulieu, Ph.D.
- BEAULIEU, D. (1997), *Techniques d'impact pour intervention en psychothérapie, relation d'aide, santé mentale*, Lac Beauport : Les Éditions Académie Impact enr.
- BEAULIEU, D. (1998), Entrevue enregistrée dans le cadre de la présente recherche. Sherbrooke.
- BECK, A.T. et WEISHAAR, M. (1995), Cognitive Therapy, in CORSINI, R. & WEDDING, D. (Édit.), *Current psychotherapies* (5th ed.), Itaska, Ill. : Peacock Publishers, chap. 8, p.229 à 261.
- BERNE, E. (1964), *Game People Play*, New York Grove Press.
- DE SHAZER, S. (1988), *Clues, Investigating Solutions in Brief Therapy*, New-York : Irvington.
- DE SHAZER, S. (1996), *Différence*, Bruxelles : Le Germer - SATAS.
- ELLIS, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*. New York : Lyle Stuart.
- GLASSER, W. & ZUNIN, L. M. (1979), Reality Therapy, in CORSINI, R.J. and al., *Current psychotherapies* (2th ed.), Itaska, Ill. : Peacock Publishers., chap. 8, p.302 à 339.
- HÉTU, J-L. (1990), *La relation d'aide, éléments de base et guide de perfectionnement*, Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- HOYT, M. F. (1995), «Brief Psychotherapies» in GURMAN, A. S. et MESSER, S. B. (Édit.), *Essential Psychotherapies; Theory and Practice*, New York : The Guilford Press; chap.12, p.411 à 487.
- JACOBS, Ed. (1994), *Impact Therapy*, Florida, Par.
- LAZARUS, A. A. (1989), *The Practice of Multimodal Therapy, Systematic, Comprehensive, and Effective Psychotherapy*, Baltimore : The John Hopkins University Press.
- MANDEVILLE, L. et ST-ARNAUD, Y. (1998), «Auto-réflexion professionnelle et formation continue, volet praxéologique, rapport préliminaire.», texte inédit, Sherbrooke : Université de Sherbrooke; département de psychologie.
- PASSONS, W.R. (1975), *Gestalt approaches in counseling*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

- PERLS, F. (1969), *Gestalt therapy verbatim*, Moab, UT, Real People Press.
- ROGERS, C. R. (1951), *Client Centered Therapy : Its Current Practice*, Boston : Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1968), *Le développement de la personne*, Paris : Dunod.
- ROGERS, C.R. et KINGET, G.M. (1973), *Psychothérapie et relations humaines*, Louvain : Publications universitaires de Louvain, Vol.1 : exposé général.
- ST-ARNAUD, Y. (1982), *La personne qui s'actualise, traité de psychologie humaniste*, Chicoutimi: Gaétan Morin éditeur.
- ST-ARNAUD, Y. (1993), «Guide méthodologique pour la conceptualiser un modèle d'intervention», dans Serre, F. (dir.), *Recherche, Formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke : Éditions du CRP, Université de Sherbrooke, chap. 8.
- ST-ARNAUD, Y. (1995), *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération*, Montréal : Les Presses de l'université de Montréal.
- ST-ARNAUD, Y. (1996), *S'actualiser par des choix éclairés et une action efficace*. Boucherville: Gaétan Morin éditeur.
- ST-ARNAUD, Y. (1997), «La relation d'aide ponctuelle», texte inédit, Sherbrooke: Université de Sherbrooke; département de psychologie.
- ST-ARNAUD, Y. (1998), «Tableau de compétences pour intervenir en psychologie des relations humaines», *texte inédit*, Sherbrooke : Université de Sherbrooke ; département de psychologie.
- STEWART, I., & JOINES, V. (1987), *TA today*. Chapel Hill, NC: Lifespace Publishing.
- WALEN, S., DIGIUSEPPE, R., & WESSLER, R. (1992), *A practitioner's guide to Rational-Emotive Therapy* (2e ed.) New York : Oxford University Press.